**CURRÍCULUM VITAE**

**POSTULANTE A OFICIAL DE LOS SERVICIOS DE SANIDAD**

1. **ANTECEDENTES PERSONALES.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Completo** | (Nombres, Apellido Paterno, Apellido Materno) | | |
| **Fecha de Nacimiento** | (DD/MM/AA) | **Nacionalidad** |  |
| **Cédula de Identidad** |  | **Estado Civil** |  |
| **Hijos** | (Cantidad y edades) | | |
| **Domicilio Particular** | (Calle, número, ciudad, Comuna, Región) | | |
| **Teléfono celular** |  | | |
| **Correo Electrónico** |  | | |
| **Ha pertenecido a la Armada de Chile** | (SÍ / NO - En caso de haber pertenecido, indicar año y repartición) | | |

1. **SITUACIÓN MILITAR.** (sólo hombres - marcar con una X según corresponda )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Situación Militar**  **al día** | **SÍ** | **NO** |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio Militar** | **SÍ** | **NO** | **Institución** | **Unidad** | **Fecha** |
|  |  |  |  |  |

1. **ANTECEDENTES ACADÉMICOS.**
2. **ENSEÑANZA MEDIA.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Año (s)** | **Curso (s)** | **Establecimiento** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **PRUEBA DE ADMISIÓN A LA EDUCACIÓN SUPERIOR.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sistema de admisión rendido:** | | (PAA, PSU, PDT, etc.) | |
| **Pruebas Obligatorias** | | **Pruebas Optativas** | |
| Lenguaje | (Puntaje) | (Nombre de Prueba) | (Puntaje) |
| Matemáticas | (Puntaje) | (Nombre de Prueba) | (Puntaje) |
| **Puntaje estándar de correspondiente a promedio de notas de Enseñanza Media:** | | | (Puntaje) |
| **Motivo de no haber rendido:** (Selección especial, beca deportiva, etc.). | | | |

Adjuntar certificado avalando puntaje obtenido, emitido por Departamento de Evaluación, Medición y Registro Educacional (DEMRE).

1. **EDUCACIÓN SUPERIOR.**
2. **CARRERA DE MEDICINA:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Universidad** |  |
| **Período de Estudio** | (Año ingreso / egreso) |
| **Fecha de Titulación** | (Día / Mes / Año) |
| **Nota de Titulación** | (Nota) |
| **Calificación Médica Nacional** | (Nota) |
|  | |
| **EUNACOM Rendido** | (Indicar SI / NO) |
| **Porcentaje** |  |
| **Fecha** | (DD/MM/AA) |

Adjuntar fotocopia simple de:

* Título Profesional o Certificado de Título de **Médico Cirujano**, con **nota de titulación**.
* Certificado de grado Académico.
* Concentración de Notas de la carrera.
* Certificado de Calificación Médica Nacional obtenida.
* Carnet de puntaje EUNACOM.
* Certificado de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud.

1. **AYUDANTÍAS:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cátedra o asignatura** | **Año Académico Cursado** | **Fecha Inicio** | **Fecha Término** |
|  |  | (DD/MM/AA) | (DD/MM/AA) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Registrar en orden cronológico, desde la fecha más antigua, desempeño como como alumno ayudante de forma remunerada o ad-honorem, por un mínimo de 5 meses de duración por ayudantía.
* Nos se considerará como ayudantía la participación en actividades administrativas no académicas, ni de representación estudiantil.
* Adjuntar fotocopia simple de certificado que acredite el desempeño como alumno ayudante, con los detalles registrados.
* Si no ha realizado, omitir este punto.

1. **TRABAJOS CIENTÍFICOS:**

**Trabajos publicados en revistas científicas:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Título** | **Autor(es)** | **Nombre de Revista** | **Fecha Publicación o de Aceptación** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Registrar en orden cronológico, desde el más antiguo, trabajos publicados en revistas o boletines científicos con comité editorial, previos a la fecha de egreso.
* No incluir colaboraciones en confección de manuales, cartas al editor ni reportes de casos individuales, como tampoco en el caso de que una revista haga una publicación de los trabajos científicos presentados en congresos u otros.
* Adjuntar fotocopia simple o impresión de resumen del trabajo, enlace web de la publicación, o certificado que acredite la información registrada.
* Si no ha publicado, omitir este punto.

**Trabajos presentados en Congresos Científicos:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Título** | **Autor(es)** | **Nombre de Congreso** | **Fecha de Congreso** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Registrar en orden cronológico, desde el más antiguo, los trabajos aceptados y presentados en congresos científicos, jornadas o simposios, nacionales o internacionales, previos a la fecha de egreso.
* Adjuntar fotocopia simple o impresión de resumen del trabajo presentado, o certificado que acredite la información registrada.
* Si no ha presentado, omitir este punto.

1. **PRÁCTICA DE ATENCIÓN ABIERTA:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Establecimiento Asistencial** | **Año Académico cursado** | **Fecha Inicio** | **Fecha Término** | **Horas por año** |
|  |  | (DD/MM/AA) | (DD/MM/AA) |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* Registrar en orden cronológico, desde la más antigua, las prácticas asistenciales no remuneradas y tutoriadas, realizadas durante el período de formación, en establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud o en instituciones delegadas, previamente acordadas entre los directores de los respectivos establecimientos y/o servicios de salud y el Decano de la respectiva facultad de odontología.
* Se considerará práctica útil solamente cuando el postulante la haya efectuado teniendo el 4° Año de formación rendido. No se considerará la realización de dicha práctica después de la fecha de egreso.
* Adjuntar fotocopia simple del o de los certificados de las Prácticas de atención abierta efectuadas.

1. **INTERNADO RURAL:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Establecimiento Asistencial** | **Año Académico cursado** | **Obligatorio** | **Electivo** | **Cantidad de horas** |
|  |  | (marcar X) | (marcar X) |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* Registrar en orden cronológico, desde la más antigua, la actividad práctica asistencial, curricular, realizada durante el período de formación en establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, tanto de carácter obligatorio o electivo.
* No se considerará desempeño en establecimientos de urgencias, como tiempo de actividad de internado rural.
* Adjuntar fotocopia simple del o de los internados rurales efectuados.

1. **POSTGRADOS, POSTÍTULOS, CURSOS DE CAPACITACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de curso o actividad** | **Institución** | **Duración** | **Año de realización** | **Nota** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* Registrar en orden cronológico, desde la fecha más antigua, postgrados, postítulos y actividades de perfeccionamiento relacionadas con el campo de la salud, impartidas por universidades, sociedades científicas o médicas, colegios profesionales, SEREMI, MINSAL, Servicios de Salud, OMS, OPS y OTEC, cualquiera sea el nombre de la actividad, con un mínimo de 20 horas pedagógicas de duración por actividad de capacitación, aprobadas con nota mayor o igual a 4,0.
* No se considerará aquellas capacitaciones de duración inferior a 20 horas pedagógicas, ni asistencias a congresos.
* Adjuntar certificado que acredite la realización, duración y evaluación (si corresponde) de la actividad registrada.
* Si no ha realizado, omitir este punto.

1. **EXPERIENCIA LABORAL.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** | **Empresa o Institución Pública** | **Puesto Desempeñado** | **Jornada** |
| (desde/hasta) |  |  | (media, completa) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Considerar solo experiencias desde la fecha de titulación en adelante.
* Registrar en orden cronológico desde la más antigua.
* Adjuntar certificado emitido por el empleador.

1. **IDIOMA.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Idioma** | **Nivel Básico** | **Nivel Intermedio** | **Nivel Avanzado** |
| **Inglés** |  |  |  |
| **Otros (Indique)** |  |  |  |

* Marque con una X, según corresponda.
* Adjuntar certificado que acredite el nivel de idioma registrado.

1. **OTROS DATOS DE INTERÉS.**

Indique aquellos aspectos que no han sido incluidos y que Ud. considere relevantes para su postulación.

|  |
| --- |
|  |

\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA NOMBRE Y FIRMA